

# Stellungnahme

---

Berlin, 08.März.2005

**Stellungnahme zum  
Entwurf der Bundesregierung zur Weiter-  
entwicklung der Kinder- und Jugendhilfe  
BT-DRS 15/3676**

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung  
des Achten Buches Sozialgesetzbuches  
BT-DRS 15/4158**

**Entwurf eines Gesetzes zur  
Entlastung der Kommunen im Sozialen  
Bereich (KEG)  
BT-DRS 15/4532**

<b>I. Zusammenfassung</b>	<b>3</b>
• Erziehungsberatung ohne Kostenbeteiligung wirksamer	3
• Problemorientierte Lösungen für behinderte Kinder und Jugendliche	4
• Qualitätssicherung für medizinische und sozialpädagogische Prüfverfahren	5
• Defizite der Schulpolitik nicht der Jugendhilfe anlasten	5
<b>II. Die Ausgangssituation – psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen</b>	<b>7</b>
<b>III. Leistungen für seelisch behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII 9</b>	
• Qualität der medizinischen und sozialpädagogischen Gutachten teilweise problematisch	9
• Qualitätsstandards für Prüfverfahren notwendig	11
• Behinderte Kinder zwischen Jugend- und Sozialhilfe	11
• Bessere Koordination statt Scheinlösungen	12
• Lese-, Schreib- und Rechenschwäche	13
• Jugendhilfe offenbart Defizite der Schulpolitik	14
<b>IV. Kostenbeteiligung bei Hilfen zur Erziehung in den §§ 27 und 28 SGB VIII</b>	<b>16</b>
• Steigender Bedarf an Erziehungsberatung	16
• Ambulante therapeutische Leistungen für Kinder unverzichtbar	18
• Kostenbeteiligung trifft die Bedürftigen	20
<b>V. Falsche Zahlen bei Jugendhilfeleistungen für junge Volljährige</b>	<b>21</b>
• Hilfe für junge Volljährige angemessen	26
<b>Literatur</b>	<b>27</b>

### I. Zusammenfassung

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung der Kommunen im sozialen Bereich (KEG) sind Leistungseinschränkungen geplant, die insbesondere Kinder und Jugendliche mit psychosozialen Problemen treffen werden. Vor dem Hintergrund einer wachsenden Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten ist dies auch bei finanziellen Engpässen nicht gerechtfertigt. Die Bundespsychotherapeutenkammer lehnt daher das von der Mehrheit der Bundesländer eingebrachte KEG ab.

Der Entwurf zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe beabsichtigt, die Nachhaltigkeit der Kinder- und Jugendhilfe durch eine rechtzeitige und sachgerechte Hilfestellung sowie das Angebot einer adäquaten Infrastruktur auch künftig zu sichern. Die BPTK begrüßt den Gesetzentwurf der Bundesregierung.

- **Erziehungsberatung ohne Kostenbeteiligung wirksamer**

Ein wesentlicher Risikofaktor für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist die mangelnde Erziehungskompetenz ihrer Eltern. Das Angebot einer Erziehungsberatung ohne Kostenbeteiligung und ohne Offenlegung der Einkommensverhältnisse hat das Ziel, möglichst früh Hilfe und Unterstützung in psychosozial schwierigen Situationen bereitzustellen. Erziehungsberatung ist Hilfe zur Selbsthilfe, die zugleich auch Prävention mit Blick auf die psychische Gesundheit der Kinder ist.

Eine Gebühr für Beratungsleistungen, wie sie das KEG plant, wird Familien und Kinder von der Inanspruchnahme der Erziehungsberatung abhalten, weil sie die Zuzahlungen nicht tragen oder ihre Einkommensverhältnisse nicht aufdecken wollen. Bei einem präventiv ausgerichteten Angebot, dessen Ziel auch und gerade die Erhaltung der

psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist, wird es durch die Zuzahlungen zu Barrieren für die Inanspruchnahme kommen. Angesichts der präventiven Ausrichtung der Erziehungsberatung ist dies eine widersinnige Steuerungswirkung mit problematischen Folgen auch auf die Akzeptanz der weiteren Hilfsangebote der Erziehungsberatung, wie Diagnostik und Therapie in der Einzelfallhilfe. Die mit einer Gebühr einhergehenden zusätzlichen Einnahmen werden wahrscheinlich den für die Erhebung notwendigen bürokratischen Aufwand nur knapp kompensieren. Dennoch wird die Regelung durch die Senkung der Nachfrage Kosten sparend wirken. Die Kostensenkung wird erkaufte mit einer politisch eigentlich nicht zu verantwortenden, ungesteuerten Rationierung.

- **Problemorientierte Lösungen für behinderte Kinder und Jugendliche**

Mit dem KEG soll die Zuständigkeit für seelisch behinderte oder von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche von der Jugendhilfe auf die Sozialhilfe übertragen werden. Ziel ist es, die Zuständigkeiten zwischen Jugend- und Sozialhilfe eindeutig zu klären. Mit einer Verlagerung der Leistungen für Kinder in das SGB XII ist dies aber nicht zu erreichen. Die Sozialämter können auch künftig argumentieren, dass der Hilfebedarf nicht in erster Linie aus der seelischen Behinderung des Kindes, sondern aus der mangelnden Erziehungskompetenz der Eltern resultiert. Aus psychologisch-psychotherapeutischer Sicht lässt sich nicht mit hinreichender Objektivität abgrenzen, ob die Ursache einer psychischen Störung primär bei einem Kind oder im Erziehungsverhalten der Eltern zu suchen ist. Für die Entscheidung, welche Hilfen den betroffenen Menschen gewährt werden sollen, sind zudem weniger die Ursachen der jeweiligen Probleme als vielmehr die Frage nach den wirksamen Maßnahmen und Hilfen ausschlaggebend. Die klaren Grenzen, die sich Kostenträger wünschen, lassen sich auf Grund der komplexen Wirklichkeiten seeli-

scher und sozialer Belastungen von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien nicht treffen. Überflüssiger bürokratischer Aufwand ließe sich vermeiden, wenn die Jugendhilfe für alle behinderten Kinder und Jugendlichen (seelisch, geistig und körperlich) zuständig wird.

- **Qualitätssicherung für medizinische und sozialpädagogische Prüfverfahren**

Die Initiatoren des Kommunalen Entlastungsgesetzes problematisieren, dass bei Lese- und Rechtschreibschwäche Leistungen der Jugendhilfe gewährt werden. Sie vermuten, dass sich insbesondere Angehörige der Mittelschicht die Lösung der Schulprobleme ihrer Kinder über die Jugendhilfe finanzieren lassen.

Die zentrale Ursache für die missbräuchliche Leistungsgewährung liegt in fehlenden Qualitätskriterien für medizinische und sozialpädagogische Prüfverfahren. Die Lösung dieser Probleme fällt in die Zuständigkeit der Länder und Kommunen, die diese Aufgabe bisher nicht adäquat aufgegriffen haben. Eine gesetzliche Änderung, die die Qualifikationsvoraussetzungen für die Erstellung der medizinischen Gutachten präzisiert, ist auf Bundesebene notwendig. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung schafft hier mit den beabsichtigten Regelungen im § 35a Abs. 1 SGB VIII und im § 36 Abs. 3 Satz 1 SGB VIII Abhilfe.

- **Defizite der Schulpolitik nicht der Jugendhilfe anlasten**

Die Zunahme von Anträgen für Leistungen nach § 35a SGB VIII bei Teilleistungsstörungen der Kinder sind ein Indiz für die Versäumnisse der Schulpolitik vieler Bundesländer. Kinder und Jugendliche, die mit dem regulären Unterricht das Schulziel nicht erreichen können, brauchen adäquate Unterstützung in ihren Schulen – so wie es die Schulgesetze der Länder vorsehen. Dies ist auch eine Lehre, die aus den

PISA-Studien zu ziehen ist. Die Länder und ihre Schulpolitik sind gefordert, nicht der Bundesgesetzgeber.

### **II. Die Ausgangssituation – psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen**

Rund 20 % der Kinder leiden unter einer psychischen Erkrankung. Die WHO betont die Notwendigkeit, angemessen auf die zunehmenden psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen zu reagieren (WHO, 2005). Den Stellenwert psychischer Störungen bereits im Kindesalter belegen die Gesundheitsberichte verschiedener Bundesländer: Unter rund 10 000 Münchener Schulanfängern im Jahr 1997 waren mit über 17 % die häufigsten Befunde intellektuelle Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten (Referat für Gesundheit und Umwelt München, 1997). In Jena, Heidelberg und Köln wurden bei der Schuleingangsuntersuchung für das Schuljahr 1997/98 13 % der Kinder als psychisch auffällig, z. B. durch aggressives Verhalten und Aufmerksamkeitsproblem, identifiziert (Gesundheitsbericht NRW, 2002).

In einem bio-psycho-sozialen Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen spielen sozioökonomische Benachteiligungen eine zentrale Rolle. Die Sozialschicht wirkt sich sowohl auf Risiko- als auch auf Schutzfaktoren für psychische Gesundheit aus (Bettge, 2004). Allgemein besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Morbidität bzw. Mortalität, wie z. B. der Berliner Gesundheitsbericht zeigt (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, 2004). Das Auftreten und der Verlauf psychischer Erkrankungen (vgl. Gesundheitsbericht NRW, 2002) ebenso wie die kognitive Entwicklung von Kindern (Kaplan et al., 2001) sind in hohem Maße von den gegebenen psychosozialen, soziokulturellen und sozioökonomischen Gegebenheiten abhängig. Für die psychische Gesundheit von Kindern haben zudem Migrationshintergründe und Geschlechtsunterschiede eine erhebliche Bedeutung (z. B. Flores, Tomany-Kormann & Olsen, 2005). Hinzu kommen negative mediale Vorbilder und interpersonelle Identifikationsmuster, belastende Milieus, Fehlen an Sorge und Zuwendung, kritische Lebensereignisse, wie z.

B. der Verlust einer Bezugsperson (Trennung, Scheidung, Tod), oder mangelnde soziale Integration (Cohen, 2004). Die Folgen psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen reichen mit hoher Wahrscheinlichkeit bis ins Erwachsenenalter. Sie sind Ursache von dauerhaften seelischen Behinderungen und mit einer Verkürzung der Lebenszeit assoziiert.

### **III. Leistungen für seelisch behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII**

Das Kommunale Entlastungsgesetz (BT-DRS 15/4532) will die Sonderzuständigkeit der Jugendhilfeträger für seelisch behinderte und von einer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche aus der Jugendhilfe (SGB VIII) in die Sozialhilfe (SGB XII) verlagern. Ziel ist es, Abgrenzungs- und Zuständigkeitsprobleme zwischen Jugend- und Sozialhilfe zu beenden.

Die Bundesregierung schlägt in ihrem Gesetzentwurf (BT-DRS 15/3676) vor, die Qualifikation der Gutachter klarer zu benennen, den Letztentscheid des Jugendamtes zu betonen und die Steuerungsverantwortung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe zu stärken, indem er vertragliche Möglichkeiten erhält, die Voraussetzungen und die Ausgestaltung der Leistungserbringung zu regeln.

- **Qualität der medizinischen und sozialpädagogischen Gutachten teilweise problematisch**

Hilfen nach § 35a SGB VIII werden bei seelischen Behinderungen gewährt, die auf verschiedenen psychischen Störungen, wie z. B. Suchtkrankheiten, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, Persönlichkeitsstörungen, körperlich nicht begründbaren Psychosen oder psychischen Störungen in Folge von Krankheiten beruhen können. Die Feststellung der psychischen Störung erfolgt durch Ärzte bzw. Psychotherapeuten. Die seelische Behinderung oder die drohende seelische Behinderung wird hierauf aufbauend in einem sozialpädagogischen Diagnostikverfahren geprüft, das von den Mitarbeitern des Jugendamtes bzw. des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) durchgeführt wird. Hierbei geht es um die Einschätzung der altersgerechten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben insbesondere bezogen auf die Lebensbereiche: Familie, Schule, Ausbildung, Arbeit sowie verschiedene Freizeitbereiche. Die

Entscheidung über Leistungen nach § 35a SGB VIII liegt beim Jugendamt.

Die Fachlichkeit des sozialpädagogischen Prüfungsverfahrens und die hieraus gezogenen Schlussfolgerungen von Jugendamt bzw. ASD sind Ursache der im KEG beschriebenen Probleme bei der Umsetzung bzw. der Gewährung von Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. Die Anwendung gültiger Kriterien bei der Beurteilung der Teilhabebeeinschränkung wird in den Jugendämtern vielerorts völlig unzureichend umgesetzt. Mittlerweile liegen hierfür strukturierte Arbeitshilfen vor, die in den Jugendämtern flächendeckend implementiert werden sollten (Sozialpädagogische Diagnose – Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs, Bayerisches Landesjugendamt 2005). Für die fachgerechte Anwendung der relevanten Kriterienkataloge sind von den Landesjugendämtern ausreichende Schulungs- und Fortbildungsangebote sowie weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen vorzuhalten.

Die Fachkräfte des Jugendamtes und des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) greifen bei ihrer Bewertung der seelischen Behinderung in hohem Maße auf die Feststellung der seelischen Störungen durch den Arzt bzw. Psychotherapeuten zurück. Die Qualität dieser Gutachten ist jedoch unterschiedlich. Einheitliche Qualitätsstandards könnten auch hier die Entscheidungen des Jugendamtes und des ASD auf eine qualitätsgesicherte Basis stellen. Die Erstellung des Gutachtens setzt medizinisch-psychotherapeutische, differenzialdiagnostische Spezialkenntnisse und den Einsatz wissenschaftlich anerkannter Testverfahren voraus. Als Gutachter kommen daher in erster Linie Psychologische PsychotherapeutInnen, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendpsychiaterInnen bzw. Kinderärztinnen und -ärzte mit einer psychologisch-psychotherapeutischen Zusatzqualifikation in Frage.

- **Qualitätsstandards für Prüfverfahren notwendig**

Die zentrale Ursache für die vom KEG problematisierten Entwicklungen des § 35a SGB VIII liegen in unzureichender Qualitätssicherung der medizinischen und sozialpädagogischen Prüfverfahren. Die Lösung dieser Probleme liegt in der Kompetenz der Länder. Hierzu bedarf es keiner gesetzlichen Änderung mit Ausnahme der Tatsache, dass der Gesetzgeber die Qualifikationsvoraussetzungen für die Erstellung der medizinischen Gutachten präzisieren sollte. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung schafft hier mit den beabsichtigten Regelungen im § 35a Abs. 1 und im § 36 Abs. 3 Satz 1 Abhilfe. Außerdem wird im Gesetzentwurf der Bundesregierung die Entscheidungshoheit des Jugendamtes unterstrichen. Diese Regelungen sind inhaltlich und fachlich ausreichend, wenn Länder und Kommunen ihren Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung und Personalentwicklung nachkommen.

- **Behinderte Kinder zwischen Jugend- und Sozialhilfe**

Obwohl die Sozialhilfe bereits zuständig ist, bestehen Zuständigkeitsprobleme zwischen Jugend- und Sozialhilfe bei den Hilfen für geistig behinderte Kinder und Jugendliche. Sozialhilfeträger lehnen in zahlreichen Fällen Leistungen für geistig behinderte Kinder und Jugendliche nach dem BSHG mit dem Verweis ab, dass die geistige Behinderung als nachrangig zu bewerten sei. Die geistige Behinderung per se führe nicht zu einer bedeutsamen Einschränkung der sozialen Teilhabe. Primär seien schwerwiegende familiäre Probleme für die drohende bzw. bereits misslungene soziale Integration verantwortlich. Insofern seien Leistungen nach dem SGB VIII erforderlich.

Diese Argumentation der Sozialämter wird verstärkt zum Tragen kommen, wenn Kinder mit seelischer Behinderung künftig ihre Leistungen im Rahmen des SGB XII bekommen. Die Sozialämter werden darle-

gen, dass der primäre Grund für die Hilfebedürftigkeit des Kindes nicht die seelische Behinderung, sondern die fehlende Erziehungskompetenz der Eltern sei, womit die Jugendhilfe zuständig wäre. Eine Verlagerung der Zuständigkeit für seelisch behinderte Kinder in die Sozialhilfe wird die Abgrenzungsprobleme also nicht lösen.

Aus psychologisch-psychotherapeutischer Sicht lässt sich nicht abgrenzen, ob die Ursache für den Hilfebedarf bei einem Kind oder Jugendlichen selbst oder im Erziehungsverhalten der Eltern zu suchen ist. Diese Entscheidung ist weder sachgerecht noch wissenschaftlich fundiert zu treffen. Monokausale Entstehungsmodelle für psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten werden der Komplexität menschlichen Erlebens und Verhaltens nicht gerecht und sind wissenschaftlich längst überholt. Die Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen und Verhaltensstörungen ist ein multifaktorielles Geschehen, bei dem genetische, somatische und psychosoziale Faktoren in komplexer Wechselbeziehung zueinander stehen. Die klaren Grenzen, die sich Kostenträger eventuell wünschen, lassen sich auf Grund der komplexen psychischen und sozialen Belastungen von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien nicht treffen. Abgrenzungen im Sinne der Lokalisierung einer alleinigen sachlichen Zuständigkeit werden dem Problemfeld nicht gerecht. Kinder und Jugendliche sowie ihre Familie brauchen einen kooperativen und koordinierten Einsatz der Ressourcen von Jugend- und Sozialhilfe, eventuell unter Einschluss von Leistungen der Krankenversicherung.

- **Bessere Koordination statt Scheinlösungen**

Die Zuständigkeitsfrage zwischen Jugend- und Sozialhilfe lässt sich nicht mit einer Verlagerung der Leistungen für Kinder in das SGB XII lösen. Der komplexe Sachverhalt lässt eindeutige Finanzierungslösungen und Zuständigkeiten nicht zu. Fachlich lösen ließen sich die Probleme am ehesten durch kommunale psychosoziale Arbeitskreise

(PSAG's), in denen unterschiedliche Professionen medizinische, psychotherapeutische, heilpädagogische, sozialpädagogische, entwicklungs- und schulpsychologische Perspektiven in die Hilfeplanung und -durchführung einbringen könnten. Eine solche kooperative Leistungsplanung (die Entscheidungshoheit bleibt beim Jugendamt) liegt – ebenso wie die Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung – bereits heute in der Zuständigkeit der Länder und Kommunen, die sie, wie die Probleme zeigen, unzureichend und nicht im Interesse der Betroffenen wahrnehmen.

Aus dieser Perspektive wird deutlich, dass die so genannte „Große Lösung“, also die umfassende Zuständigkeit der Jugendhilfe für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen – egal ob seelisch, geistig oder körperlich – die unbürokratischste Lösung wäre. Zuständigkeitsfragen mit dem entsprechenden bürokratischen Aufwand wären nicht mehr zu klären. Relevant für die Leistungsgewährung wäre dann der Schweregrad und nicht die Art der Behinderung. Die Eindeutigkeit der Zuständigkeit würde auch den besonderen Belangen der jungen Menschen mit Mehrfachbehinderung besser gerecht werden. Darüber hinaus ist es sachgerecht und für das Ziel der sozialen Integration förderlich, die Zuständigkeit über das Merkmal Alter und nicht der Behinderung zu definieren. Die Betroffenen sind in erster Linie als Teil der Gruppe der jungen Menschen und nicht als Teil der Gruppe der Behinderten zu betrachten.

- **Lese-, Schreib- und Rechenschwäche**

Die Bundesländer begründen das KEG mit der Klage, dass über Leistungen des § 35a SGB VIII Schulprobleme der Kinder gelöst würden, z. B. zur Behebung von Legasthenie und Rechenschwäche.

Legasthenie und Rechenschwäche sind in der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD10) definiert als Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten im Erlernen des Lesens, der Rechtschreibung oder des Rechnens, wenn die schulischen Leistungen der Kinder signifikant unter dem allgemeinen Intelligenzniveau des Kindes oder seines Leistungsstandes in anderen Fächern liegt. Legasthenie oder Rechenschwäche für sich betrachtet stellen noch keine drohende seelische Behinderung dar. Leistungsansprüche nach § 35a können erst angenommen werden, wenn die bestehenden Lernprobleme zu weiteren psychischen Störungen oder sozialen Beeinträchtigungen führen.

Die Aufgaben der Schulen sind in den Schulgesetzen der Länder festgelegt. Danach sind Schulen verpflichtet, adäquate Förderangebote für von Teilleistungsstörungen betroffene Schüler und Schülerinnen bereitzuhalten und den Bedarf entsprechend fortzuentwickeln. Es sind die Defizite der Schulen im Umgang mit Teilleistungsstörungen, die dazu führen, dass Eltern sich zunehmend an die Jugendämter wenden, um ihren Kindern zu helfen. Die Kinder- und Jugendhilfe kann jedoch nicht die fehlenden oder unzureichenden Angebote der Schulen kompensieren und deren Systemschwächen mit eigenen kostenintensiven Leistungen ausgleichen.

- **Jugendhilfe offenbart Defizite der Schulpolitik**

Fehlentwicklungen im Bereich der Leistungsgewährung nach § 35a SGB VIII können auch an diesem Punkt nicht durch den Bundesgesetzgeber gelöst werden. Über eine Qualitätsverbesserung der medizinischen und sozialpädagogischen Diagnostik hinaus geht es in diesem Kontext darum, Kinder und Jugendliche, die mit dem regulären Unterricht das Schulziel nicht erreichen können, adäquat zu unterstützen. Die Länder und ihre Schulpolitik sind gefordert, nicht der Bundes-

gesetzgeber. Hilfreich könnte an dieser Stelle der Ansatz des Gesetzesentwurfes der Bundesregierung sein. Mit diesem Ansatz will die Bundesregierung die Steuerungsverantwortung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe stärken. Dies ist eine Antwort darauf, dass gerade im Bereich der Teilleistungsstörungen Eltern im Vorgriff auf eine Entscheidung des Trägers der öffentlichen Jugendhilfe Leistungen selber beschaffen. Durch die von der Bundesregierung geplante Regelung des § 36 SGB VIII erhält das Jugendamt die Möglichkeit, Rahmenverträge für solche im Einzelfall u. U. zu Recht selbst beschaffte Leistungen vorzugeben.

### **IV. Kostenbeteiligung bei Hilfen zur Erziehung in den §§ 27 und 28 SGB VIII**

Mit dem KEG soll es den Bundesländern ermöglicht werden, für ambulante Hilfen zur Erziehung nach § 27 SGB VIII und Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII eine Kostenbeteiligung vorzusehen. Die Länder argumentieren, dass die Kostenbelastung der öffentlichen Träger durch die verstärkte Inanspruchnahme von Angeboten im Beratungsbereich und bei Hilfen mit therapeutischen Inhalten stark angestiegen sei. Diese Leistungsangebote weiterhin kostenfrei auszugestalten, widerspreche dem Prinzip der eigenverantwortlichen Lebensgestaltung und sei angesichts der Finanzsituation der Kommunen nicht mehr zu rechtfertigen. Die öffentlichen Träger der Jugendhilfe sollen die Möglichkeit erhalten, pauschalierte Beiträge zu erheben. Über Grund und Höhe des Beitrages für ihre Einrichtungen und Leistungsangebote sollen sie frei entscheiden können. Mit Blick auf die finanzielle Leistungsfähigkeit soll es möglich sein, im Einzelfall von einem Teilnahmebeitrag abzusehen. Die Bundesregierung lehnt in ihrem Gesetzentwurf eine Kostenbeteiligung für ambulante Hilfen zur Erziehung und die Erziehungsberatung ab.

- **Steigender Bedarf an Erziehungsberatung**

Der steigende Bedarf an Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII ist Ergebnis der sich ändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die direkte Auswirkungen auf sozioökonomische Belastungen, Familienstrukturen und die Fähigkeit der Familie, mit diesen umzugehen, haben. Dies zeigt ein Blick auf die Familienstruktur der bei der Erziehungsberatung Hilfe Suchenden:

- Ein Drittel der Kinder und Jugendlichen, die Leistungen der Erziehungsberatung in Anspruch nahmen, lebten 2003 bei einem allein erziehenden Elternteil.

- 14 % der Beratenden lebten 2003 als Stiefkinder mit einem neuen Lebenspartner eines Elternteils zusammen.
- Anlass für die Beratungen waren überdurchschnittlich häufig Trennung oder Scheidung der Eltern. Zwischen 1993 und 2003, also im Verlauf von 10 Jahren, hat sich die Inanspruchnahme aus diesem Anlass verdoppelt.

Auch die sozioökonomische Lage der Familien führt zu Belastungen, die Beratung und Unterstützung notwendig machen:

- Im Jahr 2001 lag der Anteil der Kinder, die Sozialhilfe beziehen, in der Erziehungsberatung bei 12 % (im Vergleich dazu in der Gesamtbevölkerung bei 6,5 %).
- Der Anteil der Kinder, bei denen ein Elternteil arbeitslos war, lag bei 15 % gegenüber einer Arbeitslosenquote von 10,3 % in der Gesamtbevölkerung (Schilling, 2004).

In die Erziehungsberatungsstellen kommen Kinder, Jugendliche und ihre Eltern mit erheblichen psychosozialen Problemen. Das Angebot der Erziehungsberatungsstellen für die Rat- und Hilfesuchenden umfasst Diagnostik, Beratung und Therapie in der Einzelfallhilfe. Gerade in der Kontaktphase kommt es darauf an, die Hilfesuchenden zu motivieren, das Unterstützungsangebot auch anzunehmen. Nach dem KEG müssten Ratsuchende zunächst ihre wirtschaftlichen Verhältnisse darlegen, damit die Mitarbeiter der Erziehungsberatungsstellen feststellen können, ob sie zu einer Zuzahlung verpflichtet sind. Der mit diesem Verfahren verbundene bürokratische Aufwand wird Kosten verursachen, die durch die erwartbaren Einnahmen kaum kompensiert werden.

Kinder und Jugendliche sind in ihrer Entwicklung nicht nur psychisch und sozial sondern auch materiell von ihren Eltern abhängig. Kostenbeiträge werden Eltern in Abhängigkeit von ihrer sozialen Lage davon abhalten, Hilfe für ihre Kinder rechtzeitig in Anspruch zu nehmen. Dies

zeigt die Veränderung des Inanspruchnahmeverhaltens in der GKV seit Einführung der Praxisgebühr. Nach einer Untersuchung der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) ist die Zahl der Arztbesuche seit Einführung der Praxisgebühr von 10,00 Euro bei Patienten mit einem Einkommen unter 3.000,00 Euro um 8,2 % zurückgegangen, bei einem Einkommen von unter 1.000,00 Euro um 19,2 %. Auch die Zahl der Impfungen von Kindern z. B. gegen Masern ist 2004 im Vergleich zu 2003 um 30 % gesunken. Zwar sind die Behandlungen von Kindern bis zum Alter von 12 Jahren generell kostenfrei, aber Eltern wissen dies in vielen Fällen nicht und verzichten deshalb auf eine Inanspruchnahme. Eltern, die die Offenlegung ihrer Einkommensverhältnisse scheuen oder über die Möglichkeit der Befreiung nicht informiert sind, werden auf Erziehungsberatung verzichten. Ein Kostenbeitrag hätte prohibitive Wirkungen. Statt notwendige Leistungen gezielt anzubieten, verhindert das KEG ihre Inanspruchnahme. Zuzahlungen auf Erziehungsberatung bewirken kaum zusätzliche Einnahmen für die kommunalen Haushalte, sondern indirekte Rationierung durch den Aufbau finanzieller oder psychosozialer Barrieren für die Inanspruchnahme von Erziehungsberatung. Das widerspricht vom Grundsatz her der präventiven Ausrichtung der Erziehungsberatung. Anstelle der Früherkennung und vorbeugenden Intervention führt dies zu einer Problemverschiebung mit der Folge, dass sich Entwicklungsstörungen, Krisen und Konflikte chronifizieren und erst in späteren Lebensphasen dann als manifestierte psychische Störung erkannt werden, wobei dies als Folge der Chronifizierung mit einer schlechteren Behandlungsprognose einhergeht. Da der Grund für die fachlich indizierte Erziehungsberatung nicht behoben oder gemildert wird, sind erhöhte Folgekosten zu erwarten. Bisher galt die niedrigschwellige Hilfe aber als vorrangiges Qualitätskriterium der Erziehungsberatung und Voraussetzung für ihre präventive Wirkung.

- **Ambulante therapeutische Leistungen für Kinder unverzichtbar**

Neben der Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII werden Kindern mit psychischen Störungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten ambulante therapeutische Leistungen auf der Basis des § 27 Abs. 3 SGB VIII gewährt. Auch für diese Leistungen soll künftig eine Kostenbeteiligung erhoben werden.

Kinder und Jugendliche aus Armutsfamilien weisen ein ungünstiges Gesundheitsverhalten auf, was sich z. B. in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen äußert (Klocke, 2001). Sozial benachteiligte Familien zeichnen sich in Bezug auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen generell durch eine „doppelte Armut“ aus. Die Betroffenen nehmen die erforderlichen Leistungen verspätet und in geringerem Umfang in Anspruch und ihr Zugang beschränkt sich weitgehend auf geringer spezialisierte Angebote (Wittchen und Jacobi, 2001)

Die komplexen Beratungs- und Unterstützungsangebote des SGB VIII richten sich insbesondere an sozial schwache Familien mit schwersten Problemen. Kennzeichnend für die Lebensumstände und Bedingungen der Familien sind Alkoholabhängigkeit der Eltern, innerfamiliäre Gewaltausübung, Vernachlässigung und Kindesmisshandlung, soziale Randständigkeit und Armut der Familie, psychische Störungen und geistige Beeinträchtigung der Eltern, Trennung, Scheidung, Tod eines Elternteils, kinderreiche Familien oder auch Heimunterbringung im frühen Kindesalter. Angesichts dieser schwierigen und komplexen Problemlage bei Familien und ihren Konsequenzen für die psychische Gesundheit der Kinder sind in der Regel die komplexen Interventionsmöglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe unverzichtbar.

Notwendig sind niedrighschwellige Angebote, aufsuchende Formen der Arbeit und multidisziplinäre Angebote, die neben psychotherapeutischen Leistungen insbesondere sozial- und heilpädagogische Interventionsmöglichkeiten eröffnen. Gerade sozial belastete Familien sind auf die umfassenden Angebotsstrukturen der Kinder- und Jugendhilfe

angewiesen. Für diese Angebote will das KEG künftig Zuzahlungen erheben. Kinder und Jugendliche, die erheblichen psychosozialen Risikofaktoren für ihre psychische Gesundheit ausgesetzt sind, würden künftig Leistungen nur noch nach einer Kostenbeteiligung ihrer Eltern erhalten. Die Härtefallklausel (Verzicht auf Zuzahlung bei niedrigem Einkommen) bedeutet auch hier eine Barriere für die Inanspruchnahme. Der direkte finanzielle Nutzen der Zuzahlung dürfte marginal sein. Ein erheblicher Rückgang der Inanspruchnahme ist zu befürchten. Die Zuzahlung stünde darüber hinaus im Widerspruch zur generellen Zuzahlungsbefreiung für Kinder unter 12 Jahren in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

- **Kostenbeteiligung trifft die Bedürftigen**

Bei allen Parteien steht angesichts der demografischen Entwicklung die Förderung der Familien ganz oben auf der politischen Agenda. Wenn Familien nicht in der Lage sind, mit den sozioökonomischen Rahmenbedingungen adäquat umzugehen, und hieraus Probleme für die psychosoziale Situation ihrer Kinder folgen, sehen sich die Initiatoren des KEG aber nicht mehr in der Pflicht. Das Kindeswohl und die förderliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen stehen bisher im Mittelpunkt des SGB VIII. Die Umsetzung dieses Rechtsanspruchs auf Erziehung stellen die Bundesländer im KEG mit Verweis auf ihre Finanzkraft zur Disposition. Dem sollte der Bundesgesetzgeber nicht folgen.

### **V. Falsche Zahlen bei Jugendhilfeleistungen für junge Volljährige**

Bisher können junge Volljährige auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres Jugendhilfeleistungen in Anspruch nehmen. Die Hilfestellung für junge Volljährige berücksichtigt vor allem die Tatsache, dass die individuelle Persönlichkeitsentwicklung von der juristisch bestimmten Volljährigkeit abweicht. Mit dem KEG soll erreicht werden, dass bei jungen Volljährigen begonnene Jugendhilfeleistungen nur fortgesetzt werden, wenn die jungen Volljährigen an einer schulischen oder beruflichen Bildungs- oder Eingliederungsmaßnahme teilnehmen.

In begründeten Ausnahmefällen können Jugendhilfeleistungen für junge Volljährige bisher auch bis zum 27. Lebensjahr gewährt werden. Das KEG möchte diese Möglichkeit generell mit Verweis darauf ausschließen, dass jungen Volljährigen auch durch moderne und qualifizierte Ansätze der Sozialhilfe geholfen werden könne. Die resultierende Diskontinuität der Hilfen träge damit gerade jene Personengruppe junger Erwachsener, denen eine soziale und berufliche Integration auch im Ansatz noch nicht gelungen ist.

Mit dieser Regelung wird ein wichtiger Teil der Jugendhilfeform wieder rückgängig gemacht. Das Jugendwohlfahrtsgesetz kannte nur die Fortsetzung von Maßnahmen unter der Bedingung einer bestehenden Ausbildung. Im KJHG sind die Leistungsvoraussetzungen im Hinblick auf junge Volljährige erweitert worden in Kenntnis der finanziellen Folgen. Mit der Soll-Regelung des SGB VIII werden bisher Anschlusshilfen ebenso wie neue Hilfen für junge Volljährige – in der Regel maximal bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres ermöglicht. Diese Hilfen können „in begründeten Einzelfällen“ für einen begrenzten Zeitraum darüber hinaus fortgesetzt werden. Im KEG wird behauptet, dass dieser Ausnahmefall sich in der Praxis zum Regelfall umgekehrt habe. Die Zahlen der amtlichen Statistik (Statisches Bundesamt: Fachserie

13, Reihe 6; Statistisches Jahrbuch 2004) widerlegen diese Behauptung eindeutig:

**Tabelle 1: Hilfen zur Erziehung in der Altersgruppe über 21 Jahre**

	§ 2 9  S o z i a l e  G r u p p e n a r b e i t	§ 3 0  E r z i e h u n g s b e i s t a n d s c h a f t	§ 3 3  V o l l z e i t p f l e g e	§ 3 4  H e i m e r z i e h u n g	§ 3 5  E i n z e l b e t r e u n g	§ § 2 9 , 3 0 , 3 3 - 3 5  i n s g e s a m t
<b>1 9 9 5</b>	4 5 9	1 . 1 9 4	5 7 1	2 . 5 7 5	1 2 4	4 . 9 2 3
<b>2 0 0</b>	3 8 4	9 5 3	3 5 4	1 . 9	1 6 6	3 . 8

0				7		3
				8		5
2	7	3	1	1	9	2
0	3	3	8	.	3	.
0	5	4	0	1		4
2				4		8
				4		7

Diese Zahlenangaben, die sich auf das gesamte Bundesgebiet beziehen, zeigen eine insgesamt geringe und zudem rückläufige Fallzahl. Von über 630 Jugendämtern in Deutschland werden diese Maßnahmen also tatsächlich nur in begründeten Ausnahmefällen bewilligt.

**Tabelle 2: Hilfen für junge Volljährige (18 – 21 Jahre), die nicht direkte Anschlusshilfen sind**

	§ 33 Vollzei- tpfl ege	§ 34 Heim- erzie- hu- ng	§ 35 Ein- zel- bet- reu- un- g	§ 3 3 - 3 5 in- s- ge- s- a- m- t
1 9	1 2	2.3 58	344	2 .

9 5	4			8 2 6
1 9 9 6	1 1 7	2.1 62	336	2 . 6 1 5
1 9 9 7	9 2	2.0 16	346	2 . 4 5 4
1 9 9 8	1 0 5	2.2 56	361	2 . 7 2 2
1 9 9 9	1 2 0	2.2 69	407	2 . 7 9 6
2 0 0 0	8 6	2.2 55	360	2 . 7 0 1
2 0 0 1	9 6	2.3 59	471	2 . 9 2 6

- **Hilfe für junge Volljährige angemessen**

Die derzeitigen Regelungen des SGB VIII sind angemessen. Gesetzlicher Regelungsbedarf ist nicht zu erkennen. Durch den Verweis auf die Sozialhilfe würde im Übrigen die angestrebte Kosteneinsparung auf der kommunalen Ebene nicht greifen, sondern lediglich eine Verschiebung zwischen verschiedenen kommunalen Etats stattfinden, wenn davon ausgegangen wird, dass die notwendigen Hilfen auch gewährt werden. Mit den hier vorgesehenen Einschränkungen und der Herabstufung von einer Soll- zu einer Kann-Norm, würde ein wesentlicher Teil der Jugendhilferechtsreform von 1990 ohne jeden auf die Lebenslagen junger Volljähriger bezogenen Grund rückgängig gemacht.

### Literatur

- Bayerisches Landesjugendamt (2005). Sozialpädagogische Diagnose – Arbeitshilfe zur Feststellung des erzieherischen Bedarfs. München.
- Bettge, S. (2004). Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Charakterisierung, Klassifizierung und Operationalisierung. Berlin: Promotionsschrift.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59, 676-684.
- Flores, G., Tomany-Korman, C. & Olson, L. (2005). Does disadvantage start at home? Racial and ethnic disparities in health-related early childhood home routines and safety practices. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 159, 158-165.
- Kaplan, G.A., Turrell, G., Lynch, J.W., Everson, S.A., Helkala, E.-L. & Salonen, J.T. (2001). Childhood socioeconomic position and cognitive function in adulthood. *International Journal of Epidemiology*, 30, 256-263.
- Klocke, A. (2001). Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkung auf die Gesundheit. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 3/01. Berlin: Eigenverlag.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (2002). Gesundheitsbericht NRW. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. Bielefeld: lögd.
- Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München (1997). Gesundheit von Schulanfängerinnen und Schulanfängern. [http://www.muenchen.de/Rathaus/rgu/daten\\_plaene/gesundheitsberichterstattung/archiv/schulanf1997/100276/index.html](http://www.muenchen.de/Rathaus/rgu/daten_plaene/gesundheitsberichterstattung/archiv/schulanf1997/100276/index.html)
- Schilling, H. (2004). Arme Familien in der institutionellen Beratung – Ergebnisse einer bke-Erhebung In: Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (Hrsg.), Arme Familien gut beraten, Fürth.
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (2004). Gesundheitsberichterstattung Berlin. Basisbericht 2003/2004. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin.
- WHO (2005). Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit. Helsinki, Finnland, 12.-15. Januar 2005.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2002). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Psychotherapeutenjournal*, 6-15.